Przeglad Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 15 Czerwca 1878. № 24. Rok XVII.

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci.

Gorączka powrotna wieku dziecięcego.

Przez Dra **A. Kwaśnickiego.**

Na wykazaniu osobliwości fizyjologicznych cechujących wiek dziecięcy, na zaznaczeniu właściwego wiekowi temu przebiegu chorób, oraz swoistém oddziaływaniu ustroju dziecięcego na pierwiastki lecznicze, opiera się to stanowisko autonomiczne pedyjatryi, które ona zajęła w dziedzinie nauk lekarskich. Samodzielność ta uznana i poręczona, wymaga jeszcze usprawiedliwienia w stosunku do takich jednostek chorobowych, jaką jest np. gorączka powrotna; bo chociaż nie brak odcieni, cechujących jéj wyłączny przebieg u dzieci, choroba ta nie została jeszcze należycie odwzorowaną przez autorów podręczników pedyjatrycznych, nie doczekała się wytworzenia tego pierwowzoru, na który wskazać by mógł nauczający, a przyswoić sobie uczący się; uwzględniali wprawdzie pisarze, opracowujący gorączkę powrotną, wiek dziecięcy, lecz z tych luźnych napomknień, pozbawionych przewodniéj myśli i dostatecznego zapasu spostrzeżeń, nie da się wytworzyć całość kliniczna.

Chociaż od czasu uznania gorączki powrotnéj za jednostkę chorobową Francyja najmniéj ze wszystkich państw kontynentu ulegała jéj nagminnemu nawiedzeniu, to jednak okoliczność ta nie może usprawiedliwić autorów francuskich, którzy w podręcznikach pedyjatrycznych nie wspominają o gorączce powrotnéj, a uwaga ta dotyczy i w przeszłym roku wydanéj pedyjatryi PP. D'Espine i Picot w Genewie. Pedyjatrzy niemieccy poświęcają téj chorobie mniéj lub więcéj znaczne działy, lecz ich zapatrywanie się a szczególnie liczby, na które powołują się, wymownie świadczą, że sami nie spostrzegając żadnéj większéj epidemii, przyswoili pedyjatryi cenne prace Griesingera i innych autorów, nie odnoszące się do wieku dziecięcego, a zarzut ten da się zastosować i do dzieła Steinera skądinąd doskonałego. W zbiorowéj pracy G e r h a r d t a *Handbuch der Kinderkrankheiten*, w zeszycie 2gim, podaje W y s s z Zurychu monografiję gorączki powrotnéj u dzieci, stanowiącą już utwór samodzielny, lecz sam autor, nie będąc zbyt zamożny w osobiste doświadczenie, skupił wszystkie luźne uwagi pedyjatrów niemieckich i angielskich, którzy pisali o gorączce powrotnéj i dlatego daty podane są w wielkiéj z sobą niezgodzie, mnóstwo szczegółów nie daje się związać w całość kliniczną; osobny dział, poświęcony rozumowaniu i roztrząsaniu objawów gorączki powrotnéj jest poprostu bezładném nagromadzeniem szczegółów, z których autor i czytelnik nie są w stanie wysnuć żadnéj syntezy; lecz w tem nie jest wina Wyssa, którego pracy nikt nie waży się odmówić prawdziwéj wartości, snać za mało jeszcze spostrzegano gorączkę powrotną u dzieci, za mało zebrano dat i szczegółów dotyczących jéj przebiegu, oraz uwag statystycznych, anatomicznych i terapeutycznych, ażeby już ośmielono się skreślić jéj pierwowzór kliniczny; słowem za mało skupiono materyjału jednorodnego, ażeby budowa stanęła na trwałych fundamentach. W celu więc powiększenia tego materyjału, zamierzyłem, zachęcony i pokierowany przez prof. Jakubowskiego, uczynić sprawozdanie z 24 przypadków, spostrzeganych i leczonych w krakowskim szpitalu św. Ludwika dla dzieci; a ponieważ pierwszy raz spostrzegałem gorączkę powrotną i to wyłącznie na dzieciach, obceni będą téj pracy wszelkie uwagi i reminiscencyje, dotyczące wieku dojrzałego. Liczba 24 przypadków zbyt jest małą, ażeby się kusić można było o rozstrzygnięcie pytań spornych, lecz dodana do innych powiększa ona ilość tego budulca, który zużytkuje z czasem jakaś uprawniona ręka.

Pierwsi angielscy autorowie Ritter i Baker zapisali w rocznikach lekarskich gorączkę powrotną, która nagminnie miała panować w latach 1739, 1741 i 1777 w Anglii, następnie spostrzegano ją w Szkocyi i Irlandyi w latach 1816 i 1821; nie mogąc odróżnić gorączki powrotnéj od duru wysypkowego, który jednocześnie panował, uważali autorowie angielscy tę chorobę za jedną z postaci duru; śmieléj orzeka O'Brien, rozróżniając łagodną g o r ą c z k ę d u r o w ą n o w é j k o n s t y t u c y i, od złośliwéj, dawniéj znanéj. Dopiero koło roku 1840 pojawiły się w Anglii pierwsze monografije o gorączce powrotnéj, skierowane

do wytworzenia z niéj osobnéj jednostki chorobowéj. Z nawiedzeń w późniejszym czasie spostrzegano gorączkę powrotną w roku 1842 i 1844 w Irlandyi i Szkocyi, w 1846, 1848, 1855, 1859 i 1860 w Anglii, w 1847, 1848 i 1868 na Szląsku i Pomorzu, w 1872 w Berlinie, Szczecinie, Wrocławiu i Poznaniu, w 1866 w Paryżu, w 1840 i 1841 w Moskwie, w 1863 w Odessie, w 1864 i 1865 w Petersburgu, w 1867 w Helsingforsie. Co do innych części świata, to najczęściéj nawiedzonemi były Indyje, następnie Nowy York, Algier, Egipt, gdzie Griesinger poczynił swe cenne spostrzeżenia w r. 1851. Okolice Krakowa nawiedzonemi były w r. 1865, oraz 1874.

Przypuścić jednak można, że gorączka powrotna nie należy do chorób nowych i że pojawienie się jéj przed 1½ wiekiem było więcéj wynikiem postępu wykształcenia lekarskiego, aniżeli ukrytych jakichś zmian teluryczno-klimatycznych, przeobrażeniami kuli ziemskiéj wywołanych. Panując zwyczajnie po durze wysypkowym, lub podczas téj epidemii, nie bywała gorączka powrotna należycie od duru odróżnianą, a tém bardziéj mogła być pomięszaną z zimnicą, ze względu na okresowy przebieg, na obrzęk śledziony, na poty, które najczęściéj w obu chorobach zakończają napad, zwłaszcza że i napady zimniczne kilkodniowe w krajach błotnych nie są rzadkością, a kto wie, czy dawny sposób zadawania chininu co 7 dni w ciągu miesiąca by zapobiedz powrotowi zimnicy w tych tygodniowych okresach, nie polegał właśnie na pomięszaniu pojęć o wspomnionych dwóch zakaźnych chorobach.

P r z y c z y n y gorączki powrotnéj, jak w ogóle wszystkich chorób zakaźnych, kryją się w mgle otaczającéj świat tych pierwotworów, które niewidzialne, staczają bezustanne walki z rodzajem ludzkim. Jeśli przyrzut durowy wyłania się jak sądzą z gnicia ciał zwierzęcych, a zaduch zimniczy z gnicia ciał roślinnych, jeśli z drugiéj strony gorączka powrotna zwykle nawiedza okolice, gdzie dwie powyższe choroby już panowały, lub w czasie ich grasowania, to przyczynowy związek, zachodzący między wspomnionemi trzema chorobami, staje się niewątpliwym; nie wynika z tego, ażeby twory wywołujące dur, zimnicę i gorączkę powrotną były te same, lecz są okoliczności zewnętrzne, które sprzyjają rozwojowi wszelkiego rodzaju niższych ustrojów, a od jakości takowych zależy jakość wywołanéj niemi choroby. Lecz sama obecność zarodników w kurzu, pokrywającym ściany i sprzęty naszych mieszkań, oraz zawieszonym w powietrzu i nadmierny rozplen takowych w rozkładających się ciałach roślinnych i zwierzęcych, przyczém zarodniki odgrywają rolę zaczynu, nie wytłumaczy nam wyczerpująco sposobu powstawania chorób zakaźnych, gdyż trudnoby było zrozumieć, dlaczego w obec rozkładającéj się krwi i wielkiéj obfitości gnijących po obszarze jatek cząstek mięsnych rzeźnicy nie zapadają częściéj na dur, dlaczego rzadszą jest u nas zimnica w zimie, kiedy lud nasz składa w téj porze roku ziemniaki i inne porastające jarzyny do izb mieszkalnych; skądinąd genijalna teoryja Pettenkofera o powstawaniu przyrzutu i zaduchu w skutek względnego obniżania się poziomu wody zaskórnéj nie wiele również wyjaśni w obec rok rocznie spostrzeganych epidemij, których wybuch nie da się odnieść do obniżenia się poziomu wody zaskórnéj; przeto prócz zarodników i ich nadmiernego rozplenu istnieje jeszcze jeden warunek do wywołania zakażenia, a nim jest przysposobienie w ustroju gleby, na któréj by pierwotwory mogły odbywać swe sprawy życiowe. Jak niedość jest zetknąć jęczmień z drożdżami, ażeby otrzymać piwo, tylko trzeba jęczmień pod postacią słodu postawić w warunkach niezbędnych dla życia drożdży, tak również niedosyć jest obecności bezustannéj zarodników w powietrzu, lecz dla powstania zakażenia trzeba, aby organizm znalazł się w warunkach przychylnych rozwojowi tych zarodników, a odporność jego jest w prostym stosunku do jego siły życiowéj; pomimo największéj czujności trudno ustrzedz głowę dziecka przed pasorzytem, który w sile wieku daje się usunąć przy bardzo małych zachodach i czystości, a natomiast u osób złożonych przewloczną chorobą, znowu staje się trudnym do wygubienia; pleśniawka jest również przynależytością wieku dziecięcego, oraz smutnym przywilejem mających wkrótce dokonać żywota; słowem, jeśli ustrój daje słabą odporność, bądź w skutek wieku, bądź chorób, bądź złych warunków zdrowotnych, staje się on glebą, na któréj niższe twory znajdują warunki do swego bytu, i tu należy szukać przyczyny tych epidemij, które towarzyszą głodowi, grasują w koszarach i więzieniach, oraz dziesiątkują zastępy wojenne w czasach długich walk, a niedostatecznych warunków odżywczych; zdaje się, że ustrój ludzki ustawicznie walczy o byt z tymi niewidzialnymi zapaśnikami i ulega im w chwilach fizyjologicznego ubóstwa i dlatego sądzi Naegeli, że tą siłą odporną żyjącego ciała jest siła żywotna; tłumaczenie powyższe jest bezwątpienia nienaukowém, gdyż przesądza o istnieniu w ustroju, a niezależnéj od niego siły, nie mającéj związku z sprawami życiowemi zwierzęcia; w zbiegu żywych sił i przez nie dokonywanych czynności fizyczno-chemicznych w ustroju leży tajemnica téj odporności życiowéj, którą Kauffman pod kierunkiem profesora Nenckiego doświadczalnie w ostatnich czasach usiłował udowodnić, spostrzegając, że tlen przepuszczony przez odwłóknioną i bakteryjami zanieczyszczoną krew tworów tych, które żyły i ruszały się, nie naruszał, podczas gdy ciałka krwi ulegały wstecznemu przeobrażeniu i rozpadały się; natomiast po przepuszczeniu ozonu przez krew podobnie, jak powyżéj przygotowaną, bakteryje stawały się nieruchomemi, ciałka zaś krwi nie ulegały żadnéj zmianie; według tego badacza więc tlen ukwasza krew pod postacią ozonu, który, jak to dowiodły liczne doświadczenia, zabija pierwotwory lub je ubezwładnia i powstrzymuje rozplen; dopóki więc reakcyja ozonu utrzymana, zarodniki niższych ustrojów nie mogą rozwinąć się w ciele naszém, lecz gdy dla przyczyn, zawartych w samym ustroju, lub dla warunków zewnętrznych utlenianie nie odbywa się pod postacią ozonu, warunki życiowe dla rozwoju pierwotworów są ułatwione i zakażenie niemi ustroju ma miejsce. Już Schoenbein wynalazca ozonu stwierdził jego przeciwgnilne własności, a od tego czasu wielu badaczy przekonało się, że ozon rzeczywiście zabójczo działa na pierwotwory, lecz pomimo całéj ponętności teoryi Kauffmana, poprzestaję tylko na jéj przytoczeniu, czekając na dalsze wyniki usiłowań przedsięwziętych w pracowniach fizyjologicznych; lecz dziś trudno już oprzeć się przypuszczeniu, że warunkiem powstania zakażenia jest naruszenie chemicznych procesów w ustroju.

Jeśli więc rzeczywiście dla wybuchu epidemii potrzebnemi są trzy warunki, a mianowicie: nieczystość powietrza, w którym pozostają zarodniki, nagromadzenie ciał organicznych w stanie rozkładu, w których zarodniki się plenią i utracenie odporności żywotnéj organizmu ludzkiego przez ubóstwo fizyjologiczne wywołane, to w jakimże stosunku znajduje się powyższe zapatrywanie do tegoroczněj epidemii gorączki powrotnéj w Krakowie? Co do dwóch pierwszych wa-

runków, to na powyższe pytanie odpowiada już ta okoliczność, że na 24 chorych leczonych na gorączkę powrotną w szpitalu św. Ludwika, 12 przybyło wprost z ogrzewalni, inne zaś dzieci należały do najuboższych w mieście rodzin, mieszkających w wspólnych ciemnych, brudnych i wilgotnych mieszkaniach; co się zaś tyczy warunku trzeciego, to ludzie szukający przytułku w zimowych schroniskach należą do najwięcéj zaniedbanych moralnie i fizycznie, nieposiadających elementarnych pojęć o czystości, ulegających wszelkim nałogom, cierpiących z powodu niedostatecznego pożywienia, walczących z sprzecznemi okolicznościami, a więc z podkopaném zdrowiem, z utratą energii życiowéj, a liczba takich w drugiéj połowie tegorocznéj zimy była zatrważającą. W tak korzystnych wytworzony warunkach przyrzut, początkowo nagromadzony w ognisku swego wyłonienia się, udzielał się przez przeniesienie takim miejscom, gdzie klijentela z ogrzewalni najczęściéj i najliczniéj gromadziła się, a więc po szynkach, szpitalach, w domach gdzie ubogim rozdawano strawę itd. Wyss utrzymuje, że przy takiém przenoszeniu przyrzutu dzieci i osoby osłabione najczęściéj ulegają zakażeniu, z czego osoby silne nie są wyjęte; przyczyny klimatyczne nie wpływają na wybuch i przebieg epidemii. Münch i Moczutkowski szczepiąc krew zakażoną spirylami osobom zdrowym przekonali się, że tą drogą gorączka powrotna nie łatwo się udziela, co również przemawia za tém, że tylko obniżenie siły odpornéj, któréj tajemnica kryje się w energii czynnościowéj ustroju, prowadzi niechybnie do udzielenia się zakażenia z jednego organizmu drugiemu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisal prof. Dr. **Blumenstok.**

III. Morderstwo w kopalni.

Paweł Gąsior z Psar, lat 35 liczący górnik, wyszedł d. 22 marca 1876 r. z rana o godzinie 6éj do szybu Fryderyka w rewirze górniczym Lgockim znajdującego się, zabrawszy z sobą lampkę i kawałek placka. Gdy jednak na noc nie powrócił do domu, jak to zawsze zwykł był czynić, żona zaniepokojona mocno nad ranem d. 23 marca wyszła celem szukania go; doszedłszy do szybu Fryderyka spostrzegła, że drabina do szybu wiodąca była przyprószona śniegiem, który spadł był w nocy, a na drabinie nie było widać żadnych śladów od stóp ludzkich.

W głębokości około 16 sążni pod ziemią znajdują się dwa chodniki tak niskie, że człowiek wzrostu średniego tylko schylony chodzić może; obok jednego z tych chodników znaleziono wydrążenie wielkości najwięcéj 1½ sążnia kwadratowego o ścianach nierównych, téj samej co chodnik wysokości. W tém to wydrążeniu ludzie, którzy na prośbę Gąsiorowéj spuścili się po drabinach do szybu, znaleźli Pawła Gąsiora bez życia leżącego, wyprostowanego, „zimnego i twardego;“ odnogi dolne i ręka lewa przywalone były skałą potężną, po stronie zewnętrznéj w jedném miejscu okazującą plamę krwawą, jakby od obtarcia ręki pochodzącą; głowa zaś opierała się na kamieniu, na którym leżała i czapka zmarłego; niedaleko trupa znaleziono kopaczkę jego powalaną krwią, do któréj przylegały włosy, daléj młot czysty, lampkę denata, z któréj mało oleju ubyło, torbę jego, mieszczącą w sobie nieco ołowiu i nietknięty kawał placka, który był zabrał ze sobą wychodząc dniem wprzódy z domu, wreszcie taczki, które zarówno jak kamienie naokoło trupa znajdujące się i ziemia w pobliżu onego obficie krwią były powalane.

Zwłoki zostały wyniesione z kopalni, a d. 26 marca przystąpiłem razem z kol. Zarębą do sekcyi; z protokółu podaję ważniejsze szczegóły:

I. Oględziny zewnętrzne: 1—4) Zwłoki mężczyzny lat 35 liczyć mającego, nieźle zbudowanego, miernie odżywionego, a mającego na sobie: *a)* kaftan płócienny powleczony galmanem; rękaw prawy w dolnéj połowie naokoło mocno krwią powalany i przesiąknięty; *b)* koszulę płócienną pod szyją zapiętą, poniżéj zaś z przodu mocno poszarpaną i nieco zbroczoną; rękaw prawy w dolnéj połowie mocno krwią powalany; *c)* białe gatki płócienne, niepowalane; *d)* wierzchnie grube płócienne gatki (zamiast spodni) galmanem powalane; na nogawce prawéj po stronie zewnętrznéj dość duże plamy krwi. Stężenia trupiego już niema, grzbiet cały zajęty plamami pośmiertnemi jasno-brunatnemi, brzuch zaś zielono zabarwiony.

5) Na głowie włosy ciemne, gęste, dość długie. Nad samym szwem strzałkowym i równolegle do niego przebiega rana rozpoczynająca się od szwu wieńcowego a biegnąca ku tyłogłowiu, podłużnoowalna, 12 cm. długa a 6 cm. największéj szerokości mająca, do saméj kości drążąca.

6) W przednim odcinku téj rany w bliskości szwu wieńcowego znajduje się otwór w sklepieniu czaszki, prawie okrągły, bo tylko ku szwowi wieńcowemu gruszkowato kończący się, 3 cm. długi a 2½ cm. szeroki, przez który mózg i wciśnięte kawałki czaszki widać; za pomocą palca w otwór ten wprowadzonego przekonać się można, że mózgowie nieco odstaje od czaszki. Przy brzegach rany głowowéj nie widać podbiegnięcia krwi.

7—9) Czoło krwią powalane, na szyi z przodu nad grdycą kilka drobnych otarć, po nacięciu nie okazujących podbiegnięcia krwi.

10) Na klatce piersiowéj nad mostkiem poniżéj przyczepienia 2go żebra plama sino-czerwona okrągława, nie dokładnie ograniczona, 15 cm. długa i tyleż szeroka, po nacięciu nie tylko skóra jest podbiegniętą ale i mięśnie są krwią nasiąknięte.

11) Nad łopatką lewą dwa otarcia pergaminowo twarde, wielkości centa, niepodbiegnięte krwią.

12) Po prawéj stronie nadpępcza kilka otarć bez podbiegnięcia.

13) Napletek członka pokrywa w małéj części żołądź, z przodu ułożony w kilka fałdów wyraźnie ugniecionych.

14) Grzbiet, a po części i dłoń ręki prawéj, mocno krwią powalane; niema jednak na ręce ani śladów obrażenia, ani w niéj nie ma ciał obcych.

15) Nad stawem napięstkowym lewym po stronie dłoniowéj kilka plamek okrągłych, drobnych krwi, jak od krwi tryskającéj.

16) Nad krętarzem większym lewym siniec 6 cm. długi i 4 cm. szeroki; po nacięciu wylewa się dużo krwi płynnéj; mięsień pośladkowy wielki mocno krwią nasiąkły.

17) W górnéj ⅓ części uda prawego z przodu w kilku miejscach starty przyskórek odstawa małemi szmatkami; skóra w tych miejscach nie jest zaczerwieniona.

18—19) Na podudziu lewém kostka zewnętrzna sterczy mocno na zewnątrz pod skórą, podczas gdy stopa skie-

rowaną jest na wewnątrz a brzeg jéj wewnętrzny nieco ku górze. Skóra nad kostką zewnętrzną nie jest wcale siną, jednak po nacięciu i otwarciu stawu takowy okazuje się mocno krwią podbiegnięty.

II. Oględziny wewnętrzne: 20) Powłoki czaszkowe blade; brzegi rany opisanéj pod l. 5 po stronie wewnętrznéj mocno ugniecione i nieco poszarpane; podbiegnięcia niema.

21) Sklepienie czaszki cienkie; otwór opisany pod l. 6 okazuje brzegi na pierwszy rzut oka gładkie i równe; przy bliższém jednak oglądaniu widać liczne drobne kolce i zatoki. Okostna na około otworu mało co podbiegnięta.

22) Po stronie wewnętrznej sklepienia widać, że do otworu przylega kilka odłamków, łatwo odjąć się dających.

23) Na oponie twardéj w miejscu odpowiadającém otworowi w sklepieniu leży kilkanaście kawałków kości i skrzep czarny dość wielki. Opona sama nigdzie nie jest uszkodzoną.

24) Opony miękkie po nad półkulą prawą powleczone są cienką warstwą krwi brudnéj, płynnéj. Opony same nie zbaczają.

25) Mózgowie zbite; na przekroju jego występują w istocie rdzennéj liczne kropki krwawe; w komórkach bocznych nieco płynu czystego. Na pionowych przecięciach obydwóch płatów czołowych okazują się od przodu aż do szpary Sylwijusza tak w istocie korowéj, jako rdzennéj bardzo liczne grupy plamek drobnych, albo raczéj kropek krwawych barwy ciemno-czerwonéj, nie dających się ani zmyć ani ścierać; każda z poszczególnych grup ma wielkość bobu dużego, a kropki pod względem barwy różnią się znacznie od kropek napotkanych w istocie białéj innych płatów, a mających barwę jasno-czerwoną. Nadto w płacie czołowym prawym znachodzi się także jamka wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwią ciemną płynną, a ściany téj jamki są nierówne, nieco zmiażdżone.

26—27) Na podstawie mózgowia nie ma zmian. Podstawa czaszki nieuszkodzona; w zatokach żylnych dość dużo krwi płynnéj i skrzepłéj.

28—29) Po przecięciu powłok klatki piersiowéj widać mięśnie międzyżebrowe po stronie lewéj w połowie górnéj krwią nasiąkłe. Żebro 5te po stronie lewéj w części chrząstkowéj nadłamane.

30) Po przecięciu powłok brzusznych okazuje się mięsień biodrowy wewnętrzny po stronie lewéj mocno krwią ciemną nasiąkły.

31—34) Płuco lewe mocno przyczepione, opłucna ścienna mocno krwią podbiegnięta, ale nieuszkodzona. Płuco to okazuje pęcherzyki rozszerzone, zwłaszcza przy brzegach, a na rozkroju wydaje dużo płynu pienistego białego. Płuco prawe mniéj przyczepione, mniéj rozdęte i mało piany wydające. Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa blada.

35) Mięsień sercowy obficie tłuszczem powleczony, komórka lewa nieco przerosła, w prawéj dużo skrzepów, zastawki prawidłowe.

36—37) Wątroba na rozkroju niedokrewna, żółtawa. Śledziona bardzo mała, torebka jéj pomarszczona.

38—40) Nerka lewa nieco spłaszczona, na przekroju widać w miednicy dość dużo krwi płynnéj nagromadzonéj. Nerka prawa na powierzchni zewnętrznéj okazuje bardzo gęste rozgałęzienie naczyń, na przekroju blada. Pęcherz moczowy zawiera około 100 gramów płynu.

41—42) Jelita zawierają dużo kału, żołądek prawie próżny, błona śluzowa jego powleczona śluzem; żołądek nie wydaje żadnéj woni charakterystycznéj.

43—44) W jamie brzusznéj nie ma wynaczynienia krwi, otrzewna prawidłowa; po wyjęciu trzew nie znachodzi się żadnego uszkodzenia miednicy, kręgosłupa lub żeber, z wyjątkiem żebra 5go lewego.

III. Opis kopaczki i czapki. 45) Kopaczka składa się ze styliska i z żelaza. Stylisko drewniane 39 cm. długie, 9 cm. obwodu mające, w całéj swéj długości powleczone smugami krwi. — Ostrze kopaczki ma postać liścia okrągławego; długość największa jego wynosi 19 cm. a szerokość 17 cm. Tak na wierzchniéj jako na spodniej płaszczyźnie obok galmanu znachodzą się smugi krwawe, zwłaszcza w połowie lewéj (jeżeli kopaczkę trzymamy ku sobie tylcem obucha); następnie na połowie lewéj obucha również widać obfite plamy krwi, a wśród nich kilka do żelaza przylegających włosów, 5—5 cm. długich, téj saméj barwy ciemnéj co włosy denata.

46) Czapka gruba, brudna, nie przecięta; po stronie wewnętrznéj na poszewce kilka plam krwawych lśniących, do których przylega kilka włosów.

Po ukończeniu oględzin wydaliśmy orzeczenie tymczasowe téj treści:

1) Paweł G. umarł w skutek udaru mózgowego, wywołanego obrażeniem głowy;

2) obrażenie to zdziałane zostało jedno- lub dwurazowém uderzeniem za pomocą kopaczki wyżéj opisanéj;

3) obrażenie to zadane zostało przez osobę trzecią;

4) przytłoczenie skałą mogło przyspieszyć śmierć.

Uzasadnienie tego orzeczenia tymczasowego, oraz koléj, w któréj obrażenia zadane zostały, podamy po dojrzałéj rozwadze, oraz po rozpatrzeniu się w opisie miejscowości; zarazem prosimy o wyjaśnienie: *a)* ile skała w przybliżeniu mogła ważyć i *b)* czy skała musiała spaść nagle i z jakiéj wysokości, lub też, czy mogła powoli zesunąć się.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu chirurgicznem niedrożności jelit z opisem dwu przypadków przecięcia jelita *(enterotomia)*. (Sprawozdanie z rozprawy Tomasza Bryanta, czytanéj w Tow. lek. londyńskiém dnia 29 kwietnia 1878.) Podał Dr. Stanisław Ponikło.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23.)

Tak nakreśliwszy rozpoznanie ściślejsze dwu najczęstszych przyczyn zaparcia jelitowego przychodzi autor do wniosku, iż we wszystkich przypadkach zaparcia jelita grubego, skoro przez pewien czas podawane leki kojące lub rozwalniające nie odniosły pożądanego skutku, należy bezzwłocznie przystąpić do krwawego otwarcia jelita grubego *(colotomia)*; rękoczyn ten ma być wykonany w lewéj okolicy lędźwiowéj, gdy przyczyna zaparcia jest w odbytnicy lub zakrzywieniu esowatém, w prawéj okolicy lędźwiowéj zaś w tych przypadkach, gdzie siedziba cierpienia dokładnie oznaczoną być nie może. Tablica podana powyżéj poucza bowiem, że zaledwie w 1ym na 15 przypadków możnaby się spodziewać zapory powyżéj kiszki ślepéj umiejscowionéj. Sądzi zresztą, że ko

lotomija po stronie prawéj wykonana daje wyniki zarówno zadowalające, jak wykonana po stronie lewéj.

Co się tyczy zaś przypadków niedrożności jelita cienkiego poleca Bryant wykonanie przecięcia jelita *(enterotomia)*. Rękoczyn ten polega na otwarciu jelita przez ranę uskutecznioną w powłokach brzusznych po nad prawą lub lewą pachwiną i następowém utworzeniu sztucznéj rzyci *(anus praeternaturalis)*. W tych przypadkach jednak można nieco dłużéj wyczekiwać, gdyż właśnie tu podawanie leków mających na celu ułatwienie przesuwania treści jelitowéj stosunkowo najwięcéj zdziałać jest w stanie. Podaje tu autor dwa przypadki enterotomii wykonanéj przez siebie z wynikiem zupełnie pomyślnym w Guy's Hospital. Z tych jeden dotyczył mężczyzny lat 57 liczącego, który przybył do szpitala z objawami uporczywego zaparcia żywota i peryjodycznemi napadami gwałtownego bólu brzucha połączonego z wymiotami często kałowemi; napady te podczas pobytu chorego w szpitalu wzmagały się, stając się coraz groźniejszémi i częstszemi. Można było stwierdzić znaczne rozdęcie brzucha i wymacać rozdęte pętle jelitowe; ściany brzuszne napięte, mięśnie brzuszne proste silnie wyprężone. Bryant rozpoznawszy niedrożność jelita cienkiego wykonał enterotomiję po stronie prawéj: ku temu celowi uskutecznił cięcie równoległe z więzem Pouparta strony prawéj na $1\frac{1}{2}$ cala po nad tymże, długie na $2\frac{1}{2}$ cala, a otworzywszy wyciągniętą przez ranę pętlę jelita cienkiego w rozległości $\frac{1}{4}$ cala zespolił brzegi cięcia jelitowego z brzegami rany powłok brzusznych tworząc w ten sposób rzyć sztuczną. Dziesiątego dnia po operacyi brzegi rany były zupełnie spojone i można było wyjąć szwy. W miesiąc rana zagoiła się w zupełności i dozwolono choremu wstawać z łóżka. W rok po rękoczynie chory zgłosił się był do szpitala w stanie zupełnego zdrowia. Drugi przypadek dotyczy mężczyzny lat 40 liczącego, u którego rozpoznanie było takie same jak w poprzednim przypadku. Enterotomija wykonana również po stronie prawéj doprowadziła do wyniku równie pomyślnego. Naznaczyć tu należy, że w obu tych przypadkach nie uważano żadnego znaczniejszego zaburzenia ogólnego, znaczniejszéj gorączki przyrannéj lub oznak zapalenia otrzewny.

Co do objawów ostatniéj grupy przypadków niedrożności jelita tj. wgłobienia *(intussusceptio)*, te mogą być albo nagłe albo przewlekłe. Zależy to od tego, czy wgłobienie wywołało zupełne uwięzgnięcie jelita lub tylko zwężenie takowego. W każdym razie jednak przypady występują niespodziewanie, nie poprzedzone zwykle żadnemi przypadami zwiastunowemi. Rzadko braknie już z samego początku parcia na stolec połączonego z wypływem śluzowo-ropiastym, zwłaszcza gdy część biodrowa jelita cienkiego jest zajętą. Wgłobienie nagle wywołujące odrazu niedrożność jelita może być zamienione z początku z zaciśnięciem jelita przez więzy lub pasma wrzekome. W obu razach cierpienie poczyna się nagle i połączone jest z zapadem, lecz w przypadkach zaparcia jelita więzami wrzekomemi, ból umiejscowia się z samego początku, występuje napadami i trwa aż do końca, nie towarzyszy mu parcie na stolec. W przypadkach wgłobienia ból jest zmienny tak co do siedziby swéj, jak nasilenia i może być często złagodzony przez ucisk, w dalszym przebiegu nawet często ustępuje zupełnie, parcie na stolec jest tu stałym przypadem. W przypadkach zaparcia jelita skutkiem więzów wrzekomych wymioty stają się bardzo rychło kałowemi i są objawem stałym; prawie nigdy nie braknie zaparcia żywota i niezdolności wydalania gazów jelitowych. Przy wgłobieniu wymioty wprawdzie mogą być także kałowe, lecz nie są tak uporczywe i często ustępują w zupełności w dalszym przebiegu, za to parcie na stolec i stolce śluzowo-krwawe cechują wgłobienie jelita. W pierwszym rodzaju przypadków środkowe lub podpępkowe rozdęcie brzucha jest wczesnym objawem, we wgłobieniu może go zupełnie nie być. Przy wgłobieniu można czasem wymacać przez powłoki brzuszne obrzęk podłużny, twardy; jeżeli wgłobienie dotyczy odbytnicy, można część wgłobioną stwierdzić przez badanie palcem; tu jednak należy się strzedz, aby nie wziąć skrzepu krwi w odbytnicy za część wgłobioną.

W przypadkach wgłobienia jelita zaleca Bryant najmniéj się spieszyć z zabiegami energiczniejszemi; gdyż znane są przypadki, gdzie wgłobienie ustępuje nawet bez żadnéj pomocy lekarskiéj, albo bezpośrednio przez uwolnienie się części wgłobionéj, albo pośrednio przez zgorzel tejże, odpadnięcie i następowe zlepienie końców rury jelitowéj. Jednak w przypadkach wgłobienia nagłego, gdzie jelito jest widocznie w zupełności uwięzgło, należy działać bezzwłocznie, tak jak to zalecono w przypadkach zaparcia nagłego z innych przyczyn.

Chociaż w przypadkach wgłobienia leczenie operacyjne, jak Bryant przyznaje, stosunkowo najmniéj pomyślne dało wyniki, to przecież nie należy i tu odmawiać choremu choćiażby najmniejszéj szansy wyleczenia przez operacyję, skoro bez tejże wynik śmiertelny koniecznem jest następstwem.

Hutchinson *(Med. Chir. Trans. vol. LVII. 1874.)* przytacza przypadek wgłobienia u dziecka 2-letniego, u którego w 30tym dniu objawów zdołał uwolnić jelito wgłobione ze skutkiem pomyślnym. Podobne przypadki podają Marsh, House, Fagge *(Med. Chir. Trans. LIX. 1876.)* i Sands *(New York Med. Journal, June 1877.)*.

Autor zaleca nie zaniedbywać w przypadkach wgłobienia także innych mniéj energicznych zabiegów leczniczych, jak wydymania jelita gazami, powietrzem lub lepiéj więcéj elastycznym kwasem węglowym, lub téż wypełniania płynami. Wspomina również o przewróceniu ciała, zabiegu polecanym w nadziei, że ciężar treści jelitowéj powyżéj części wgłobionéj może sprawić uwolnienie jelita wgłobionego. Makowiec również może w lżejszych i więcéj przewlekłych przypadkach być podawany z korzyścią, nie tylko jako lek kojący bóle, lecz osłabiający ruch robaczkowy jelit; postępowanie takie uważa jednak za stósowne tylko z początku cierpienia, gdzie rozpoznanie nie jest pewne, lub gdzie z innych przyczyn postanowiono zaniechać operacyi.

Zapatrywanie Bryanta na leczenie niedrożności jelita można streścić jak następuje:

1) Laparotomija jest jedynym środkiem racyjonalnym w przypadkach nagłego zaparcia jelitowego skutkiem więzów i pasem wrzekomych, przepukliny wewnętrznéj i wgłobienia.

2) Kolotomija w przypadkach zaparcia jelita grubego skutkiem ścieśnienia lub ugniotu przez guzy w jamie brzusznéj wywartego.

3) Enterotomija w przypadkach zaparcia jelita cienkiego. *(The Lancet 1878.)*

Dr. R. Ultzmann (w Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(haematuria)*. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

1) Krwotok pochodzący z cewki moczowéj różni się od wszystkich innych powyżéj wymienionych rodzajów krwo-

toku têm, że krew odpływa bez przerwy z cewki moczowéj nie mięszając się z moczem, zwłaszcza jeżeli miejsce krwawiące znajduje się przed zdziergaczem ujścia pęcherza. Wówczas na bieliźnie chorego widać wilgotne świeże skrzepy krwi, a z cewki można wycisnąć parę kropel krwawych. Chory nie uskarża się na parcie na mocz, jeżeli nie ma powikłania ze strony pęcherza. Jeżeli się choremu każe mocz oddać do naczynia, to można nieraz zauważyć, że najpierw odchodzi krew płynna i skrzepy krwi podłużne, czerwone, grubości pióra, podobne do glist, podczas gdy reszta moczu pochwycona do drugiego naczynia może być zupełnie prawidłową. W razie zatrzymania moczu może zakładanie cewnika napotkać na znaczne trudności, i nieraz wówczas zdarzyć się może, że cewnik znajduje się w pęcherzu, a mocz nie odpływa z powodu zatkania otworów jego skrzepami krwi. Wysysanie *(aspiratio)* oddaje znakomite usługi i pomaga odpłynąć moczowi, którego stan porażenny pęcherza wydalić nie potrafi na zewnątrz.

Krwotoki z cewki moczowéj w stopniu nieznacznym zdarzają się niekiedy także w przebiegu wiewióra ostrego *(russischer Tripper)* lub przewlekłego *(Urethritis granulosa)*, w obrażeniach mechanicznych lub chemicznych cewki moczowéj, nadto w przypadkach rozszerzenia żył w części krokowéj cewki moczowéj. W takim razie wydzielina składa się oprócz krwi także z większéj lub mniejszéj domieszki ropy. Znaczne krwotoki cewki moczowéj mogą powstać skutkiem skaleczenia cewnikami *(fausses routes)*, lub téż spółkowania kilkakrotnego z wysileniem, albo téż źródłem krwotoków stają się polipy usadowione w cewce i bogato unaczynione, jakotéż nowotwory cewki moczowéj w ogóle.

2) Krwotok pochodzący z szyjki pęcherza odznacza się têm, że dopiero przy końcu moczenia, kiedy się zaczyna mocniéj kurczyć zdziergacz pęcherza, odpływają krwawe krople moczu, ciałka krwi zachowują wówczas zawsze wielkość i postać prawidłową. Krwawienie to różni się têm od poprzedniego, że krew nie cieknie ciągle kroplami z cewki moczowéj i że nie można wycisnąć z cewki kropel krwawych. Po zaprowadzeniu cewnika do pęcherza odpływa mocz prawidłowy, a dopiero po usunięciu go spostrzedz można krwawienie, co za têm przemawia, że miejsce krwawiące znajduje się w obrębie zdziergacza pęcherza. Mocz mętny okazuje cechy świadczące o nieżycie pęcherza w mniejszym lub większym stopniu. Chorzy uskarzają się na parcie na mocz, a ból występuje przy końcu moczenia, kiedy już krople krwawe odpływają.

Czasem pojawiają się tego rodzaju przypady w przypadkach wiewióra w 5 lub 6 tygodniu, jeżeli do cierpienia tego przystępuje zapalenie gruczołu krokowego lub nieżyt pęcherza. Jest rzeczą prawdopodobną, że źródłem nieznacznego krwawienia są wrzody nieżytowe usadowione w szyjce pęcherza. Cierpienie to trwa od dni 3ch do dwóch lub trzech tygodni i w przypadkach tylko cięższych towarzyszą mu przypady lekkiéj gorączki. Zdarzają się jednak także krwotoki z szyjki pęcherza odznaczające się bardzo znaczną bolesnością z powodu obecności głębszych wrzodów lub pęknięć *(fissurae)* w szyjce pęcherza. Przebieg cierpienia tego, którego ajtyjologija jest ciemną, jest zazwyczaj przewlekły; stan pogarsza się coraz to bardziéj, do krwotoków dołącza się zapalenie pęcherza, miedniczek nerkowych *(cysto-pyelitis)*, późniéj zapalenie nerek, a chory w końcu ginie wśród przypadów mocznicy. Cierpienie to nadzwyczaj przykre z powodu ciągłych bólów bardzo dojmujących zdarza się często u mężczyzn dobrze jeszcze wyglądających, a nawet u takich ludzi, którzy nigdy nie przebyli żadnéj choroby narządów moczopłciowych. Mocz ich oddziaływa kwaśno lub alkalicznie, a w osadzie znajduje się zawsze znaczna ilość ciałek krwi i ropy, nigdy jednak niemożna wyśledzić pierwocin z jakiegoś nowotworu. Przy badaniu chorych tego rodzaju zgłębnikiem lub cewnikiem wchodzi się z łatwością aż do części opuszkowéj, daléj jednak napotyka się na znaczne trudności i szalony ból w połączeniu z gwałtownym kurczem zdziergacza pęcherza, tak że jest rzeczą prawie niepodobną dostać się do pęcherza. W jednym przypadku oddała endoskopija usługi niepospolite pod względem dyjagnostycznym; Dr. Grünfeld bowiem odkrył zaczerwienienie i obrzmienie części krokowéj cewki moczowéj i dwie szczeliny głębokie w okolicy szyjki pęcherza. Nigdy nie można było wykryć w pęcherzu kamienia lub ciała obcego. Tylko wstrzykiwania podskórne morfinu zdołają przynieść ulgę w cierpieniu omawianém, którego zakończenie jest zazwyczaj śmiertelném.

Zresztą zdarzają się jeszcze krwotoki z szyjki pęcherza w przypadkach kamyków wciskających się do szyjki i inkrustacyjach w części krokowéj cewki, czasem przy częstém zakładaniu cewników z powodu przerostu gruczołu krokowego lub porażenia pęcherza, przy zapaleniu gruczołu krokowego, a wreszcie w przypadkach nowotworów (gruczołu krokowego) lub szyjki pęcherza.

Tak krwotoki z pęcherza, jak i z miedniczek nerkowych i ner k, różnią się têm od krwotoków z cewki moczowéj i z szyjki pęcherza, że mocz odrazu wypływa krwawy, a druga połowa moczu nie różni się wcale od pierwszéj co do zawartości krwi. Krwotoki z pęcherza lub z miedniczek nerkowych mogą przybierać własności już to krwotoku miąższowego, już téż znowu krwotoku powstałego przez pęknięcie naczyń większych, a nawet postać tak zw. moczenia gałczeniem krwi *(haemoglobinuria)*. Nie zawsze téż można pomimo najtroskliwszego badania drobnowidowego i chemicznego rozróżnić, czy krwotok pochodzi z nerek czy téż tylko z pęcherza.

O d d z i a ł y w a n i e moczu, na które dawniéj taki nacisk kładziono, nic tu nie rozstrzyga, alkaliczne bowiem oddziaływanie moczu może pochodzić od znacznéj ilości krwi lub ropy w moczu zawartéj lub używania wewnętrznie alkalijów. Już ważniejszą rolę odgrywa w tym względzie węglan amonowy i wielkie, trumienkowate kryształy fosforanu amonomagnowego, które bardzo przemawiają za cierpieniem pęcherza, a w danym razie obok ciałek krwi i za krwotokiem z pęcherza. Ogrzewanie moczu w kolbce szklannéj zatkanéj korkiem, w którym tkwi rurka ze zwilżonym papierkiem lakmusowym czerwonym, rozstrzyga, czy węglan amonowy w moczu jest obecny, lub téż nie; w razie dodatnim zniebieszcza się papierek lakmusowy. B a r w a moczu może tylko poniekąd rozstrzygać, czy krwotok pochodzi z pęcherza, lub téż z nerek; a mianowicie ponieważ krwotok pęcherzowy zawdzięcza zwykle swe powstanie pęknięciu większych naczyń krwionośnych, przeto mocz przybiera odcień krwawo-czerwony, podczas gdy krwotoki nerkowe są zwykle miąższowemi, krew przeto dokładnie się mięsza z moczem i przez czas dłuższy pod jego wpływem zostając odkwasza się i nadaje potém moczowi barwę brunatno-czerwoną lub nawet czarno-brunatną. Mniejszy c i ę ż a r g a t u n k o w y moczu, niż zazwyczaj bywa w stanie prawidłowym, przemawia za krwotokiem z nerek, cierpienia bowiem tego narządu są zazwyczaj połączone z obfitém wydzielaniem moczu *(Polyuria)*.

Skrzepy krwi znachodzące się w moczu stanowić mogą niekiedy cenną wskazówkę pod względem dyjagnostycznym. Skrzepy zupełnie odbarwione, barwy brudno-żółtej, w postaci krótkich laseczek pochodzą zazwyczaj z rozszerzonych miedniczek nerkowych i pojawiają się w moczu dopiero po dłuższym czasie w razie mocnego krwotoku nerkowego. Skrzepy kłaczkowate nieregularne nie są wcale charakterystyczne i nie powstają w ogóle nigdy przy krwotokach miąższowych; najłatwiej tworzą się przy krwotokach znaczniejszych w tych częściach narządu moczowego, gdzie jest ilość mała moczu, jak np. w miedniczkach nerkowych i w moczowodach a w pęcherzu tylko po jego wypróżnieniu.

Najważniejszém jest badanie drobnowidowe osadu moczowego. W przypadkach krwotoku miąższowego z nerki znajdujemy nieraz ładne waleczki złożone z ciałek krwi lub waleczki włóknikowe i przybłonki nerkowe zabarwione brocznikiem krwi. Jeżeli krwotok nerkowy jest znaczniejszy, to zazwyczaj w osadzie nie znajdujemy żadnych charakterystycznych pierwocin nerkowych wśród znaczniejszéj ilości krwi płynnéj.

Krwotoki pęcherzowe nie pozostawiają często żadnych cech drobnowidowych po sobie. Czasem jednak znajdujemy znaczną ilość przybłonków z pęcherza i kryształy z fosforanu amono-magnowego, jeżeli krwotokowi towarzyszy większy stopień nieżytu pęcherzowego. C. d. n.

Dr. Lasiński (we Wrocławiu): **O leczeniu wysięków surowiczych podsiatkówkowych.**

W sekcyi oftalmologicznéj wrocławskiego zjazdu przyrodników (1874) mówił L. o wyleczeniu przypadku wysięku surowiczego podsiatkówkowego za pomocą ucisku na oko, przyczém chory przez kilka tygodni leżał spokojnie na znak i używał leków przeczyszczających. W rok później podał Samelsohn, że „mechaniczny“ sposób leczenia Lasińskiego stósował ze skutkiem. (Podczas pobytu sprawozdawcy na klinice prof. Arlta w Wiedniu i tam w jednym przypadku świeżego wysięku stósowano ucisk, gdy jednak żadne zmiany nie nastąpiły, operowano według sposobu Weckera.) Od r. 1874 poczynił L. nowe spostrzeżenia i w powyższéj pracy podaje sześć historyj chorób; używał zawsze ucisku a rezultaty jakkolwiek niezbyt świetne, w każdym jednak razie zachęcają do dalszych badań nad skutecznością tego środka.

Rozumowanie, które skłoniło L. do użycia ucisku, niewolne od zarzutów, było następujące: W przypadkach, w których wysięk niedługo a najwięcéj od kilku miesięcy istnieje i wywołany jest wolno postępującém zapaleniem naczyniówki, siatkówki lub obu błon, co Cuignet dla wszystkich przypadków téj słabości przypuszcza, powstaje niestosunek pomiędzy ilością cieczy śródocznéj wydzieloną a wessaną, w skutek czego przychodzi do wysięku pomiędzy siatkówką i naczyniówką. Ponieważ w skutek tego napięcie gałki słabszém się staje, dla tego chciał drogą ucisku napięcie do prawidłowego przyprowadzić stanu. Gdy się uciśnie oko w kierunku osi, tedy ustępuje płyn śródoczny w kierunku równika oka, gdzie (i to na dole) najczęściéj się wysięk znajduje; „uderza“ więc podwyższający się ucisk śródoczny o wysięk surowiczy podsiatkówkowy, co zdaniem A. ma się przyczynić do pochłonienia tegoż.

Co do wyników leczniczych, to przypadek pierwszy był najkorzystniejszym. Chory lat 29, silny i dobrze zbudowany robotnik. Rozpoznanie: *Opacitates corp. vitrei; Chorioideo-Retinitis ad maculam; Sublatio;* tylko poczucie światła. Po przeprowadzoném leczeniu z+4 Jg. Nr. 2. Przypadek czwarty: Ścieśnione pole widzenia; naośnie chora nic nie widziała, kiedy opuściła zakład z—3 S = $^{20}/_{200}$. Przypadek piąty: *Sublatio rugata* (Förster), palce na 5′ (od skroni). Po 4 tygodniach Snellen III $^{1}/_{II}$ w bliskości. Wysięk znikł w części, pole widzenia większe. Z tych przypadków pokazuje się, że ucisk jako środek leczniczy, jeżeli inni okuliści także otrzymają takie rezultaty, może stanąć obok innych obecnie używanych sposobów leczenia téj choroby. W ogóle bowiem powiedzieć można, że ani statystyka sposobu Graefego (przekłócia siatkówki i ułatwienia spływania cieczy do ciałka szkl.) ani dotąd ogłoszona statystyka nowego sposobu Weckera (przeprowadzenie złotych drutów przez twardówkę, *drainage)*, znacznie lepszych rezultatów nie wykazuje.

Przypadki powyższe umocowały autora wreszcie w przekonaniu, że im młodszy wiekiem chory i im zresztą silniejszy, tém lepsze rokowanie i krótszy czas potrzebny do wyleczenia; że leczenie wtenczas dopiero rozpoczynać należy, kiedy sprawy zapalne, które wysięk wywołały, (*Retinitis, Chorioiditis, Chorioideoretinitis*, zapalenie śródoczne po urazie) przeminęły. Ponieważ jednak rozpoznać bardzo często niepodobna, czy przewlekła sprawa zapalna jest już u schyłku lub trwa jeszcze, dlatego odsyła L. do klinicznego doświadczenia, które mniéj więcéj uczy, jak długo w ogóle trwają sprawy zapalne. Środki przeczyszczające są o tyle potrzebne, o ile się przyczyniają do usunięcia pierwotnych chorób, które są wysięku przyczyną.

W przypadku szóstym po przeprowadzoném leczeniu został jeszcze mały wysięk, który także znikał, jeżeli chora kilka godzin zostawała w ciemnym pokoju. Wysiękowi odpowiadała przerwa w polu widzenia. Gdy chora po jakimś czasie znowu się przedstawiła, już wysięku wziernikiem rozpoznać nie było można, lecz defekt w polu widzenia był tam, gdzie dawniéj się wysięk znajdował. Po 2½ godzinnym pobycie w ciemnym pokoju przerwa znikła.

L. sądzi, że właśnie co przytoczona okoliczność mówi za tém, iż szkarłat siatkówki *(Bolla Sehpurpur)* powstaje w naczyniówce. Tłumaczy bowiem zniknięcie przerwy w ten sposób, iż istniał wysięk, który tak był nieznaczny, iż go spostrzedz nie można było wziernikiem, że jednak mimo to siatkówka do naczyniówki nie przylegała, a więc szkarłat koniecznie potrzebny do widzenia odtworzyć się niemógł. *(Zehenders klin. Monatbl. f. Augenheilk. 1878, März.)*

Dr. E. Machek.

Schütz: **Słów kilka o słabościach zakaźnych.**

Opierając się na długoletnich własnych spostrzeżeniach, jak i uwzględniając dotyczącą literaturę wypowiada S., że zapatrywanie jakoby choroby zakaźne raz tylko ludzi nachodziły, nie jest uzasadnionem. Że skuteczne szczepienie bezwzględnie od powtórnéj chociażby lekkiéj ospy nie chroni, jest ogólnie znaną rzeczą. S. przytacza bardzo ciekawy pod tym względem przypadek. Żona lekarza szczepiona w pierwszym życia miesiącu, przebyła lekką ospę w latach dziecięcych, szczepiła się powtórnie w 15 roku życia i umarła w 24 roku na ospę. Znane są epidemije, w których wcale nie rzadko umierały osoby, u których blizny na twarzy świadczyły o przebytéj ospie. Tak dur jelitowy jak i osutkowy powtarzają się również. Stwierdził to S. niewątpliwie prawie podczas epidemii wielkiéj w Pradze w r. 1847 i 1848.

To samo twierdzi o difteryi, dysenteryi, cholerze, krztuścu i o odrze. Podaje wreszcie, że zna 4 przypadki, w których ta sama osoba na płonicę dwa razy zapadła. (Wunderlich podaje, że się to zdarza raz na 10,000 chorych na płonicę).

Odstępy czasu pomiędzy chorobą a jéj powtórzeniem są rozmaite. Raz są tak krótkie, iż trudno rozpoznać, czy nowe objawy są dalszym ciągiem, lub recydywą; w innych przypadkach mijają miesiące, lata i dziesiątki lat. Pierwsza choroba na drugą żadnego nie wywiera wpływu. Zdarza się dość często, że pierwsze zapadnięcie jest lekkiém a powtórzenie bardzo ciężkiém i odwrotnie; albo że obie choroby były bardzo ciężkie lub obie lekkie.

Daléj sądzi S., że 1) zdarza się, iż chory równocześnie zapada na dwa rodzaje ostrych chorób osutkowych i że można znamionujące cechy jednéj i drugiéj osutki rozpoznać. Wiadomo, że Hebra temu zapatrywaniu stanowczo się sprzeciwia. Zdaje się wreszcie, że a priori według obecnego stanu nauki o chorobach zakaźnych rodzaje mięszane chorób osutkowych przypuścić należy. Jeżeli się pokaże, że nauka Klebsa *(Pilztheorie)* da się do wszystkich słabości zakaźnych zastósować, natenczas stanęłaby rzecz jasno, bo niepodobna by było wątpić, że się równocześnie w organizmie rozgościć mogą żyjątka wywolujące rozmaite stany chorobowe.

2) Bardzo łagodna epidemija z r. 1854 dowodzi według S., że płonica bez osutki *(Scarlatina sine exanthemate)* zdarzać się może. Z początku mogły być wątpliwości, ażali rozpoznanie lekarzy w przypadkach, gdzie osutki nie było, nie było błędne; dopiero znaczne łuszczenie, przypadki cięższe u innych członków rodziny a nie rzadko ciężkie choroby następowe płonicy wykazały, że niewątpliwie były to przypadki téj choroby, w których osutki nie było.

3) *Scarlatina haemorrhag.* i *morbilli haemorrhag.* nie istnieją. Podczas długoletniéj praktyki lek. spotkał S. chyba moczenie krwawe po płonicy a krwotok nosowy tak na początku jak i w przebiegu odry, podczas gdy w ospie istnieje wielka skłonność do wybroczyn krwawych. Epidemije tak zwanéj *Variola haemorrhagica* wcale nie są rzadkie, podczas gdy nawet najcięższe epidemije płonicy i odry nigdy takiego obrazu choroby nie przedstawiają, w którego skład wchodziłyby wybroczyny skórne. *(Prager med. Wochens.* 1878, Nr. 20.) *E. M.*

IV. W sprawie uporządkowania oględzin pośmiertnych w Galicyi.

Referat c. k. krajowéj Rady zdrowia*).

Wypracował Dr. **Opolski.**

Na pierwszym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, odbytym w Krakowie w r. 1869, poruszono sprawę wykonywania przepisów pod względem sprawdzania skonów i uchwalono podać do właściwéj władzy odpowiednie przedstawienie. Towarzystwo lekarskie krakowskie w wykonaniu téj uchwały, wniosło podanie do c. k. Namiestnictwa „o ustanowienie „w każdéj gminie osobnych urzędowych oglądaczy zwłok; „o wydanie instrukcyi dla tychże; o zaostrzenie nadzoru po„licyjno-lekarskiego nad wykonywaniem przepisów pod wzglę„dem sprawdzania skonów; o polecenie lekarzom powiatowym, „aby miewali wykłady w przedmiocie sprawdzania skonów, „teoretyczne i praktyczne na zwłokach ludzkich; a wreszcie, „aby wymagać od oglądaczy zwłok, nie będących lekarzami, „rękojmi nienagannego prowadzenia się i znajomości przed„miotu i ażeby czynności swoje wykonywali po złożeniu e„gzaminu teoretycznego i praktycznego przed lekarzem powia„towym, tudzież przysięgi w ręce c. k. Starostów.“

Przedewszystkiém stwierdzić należy, że Władze państwowe oddawna już bardzo licznemi rozporządzeniami, wydawanemi bądź dla całego państwa, bądź dla poszczególnych krajów koronnych, ściśle regulowały przepisy sprawdzania skonów; osobliwie wydano w tym przedmiocie wiele dekretów nadwornych w drugiéj połowie zeszłego stulecia, któremi normowano sprawę oglądania zwłok z wytyczeniem celów tegoż pod względem humanitarnym, policyjno-lekarskim, sądowokarnym, a nawet z uwzględnieniem statystyki lekarskiéj (dekret nadworny z 30 marca 1770). Jakkolwiek reskrypt nadworny z r. 1753 wyraźnie rozporządza a to rozporządzenie dotychczas obowiązuje, że przed upływem 48 godzin żaden zmarły nie może być pogrzebiony, i osobném rozporządzeniem z r. 1757 czyni odpowiedzialnymi oglądaczy zwłok za wydawanie pozwolenia do rychlejszego grzebania, co uznanano za możebne tylko w chorobach zakaźnych, lub takich, które szybki rozkład ciała sprawiają, to przecież na podstawie doświadczenia, że żydzi umieli się wyłamywać z pod tych przepisów, osobnemi rozporządzeniami z r. 1786 i 1787 zaostrzały władze stósowanie się do terminu powyższego osobliwie u żydów. Daléj rozporządzeniami gubernialnemi z r. 1795 specyjalnie dla Galicyi i z r. 1806 29/4, 1823 do l. 22805 wydano osobne przepisy co do oglądania zwłok, tudzież instrukcyje dla oglądaczy w Galicyi, a już dekret nadworny z d. 30 marca 1770 r. stanowił, aby każdy oglądacz poddawał się odpowiedniemu egzaminowi. Sposób zaś wynagradzania oglądaczy za ich czynność pozostawiał rząd gminom, uznawszy w zasadzie, iż oglądacze powinni albo roczne ryczałtowe otrzymać wynagrodzenie, albo za każde oględziny osobno.

Z nowszych czasów znajdujemy rozporządzenie ministerstwa stanu z d. 6 marca 1861 do l. 817, którém wydaną została szczegółowa instrukcyja, dotychczas obowiązująca dla oglądaczy zwłok w Styryi i Karyntyi. Instrukcyja ta odznacza się tém, że za nieomylny znak zaszłéj śmierci nie przypuszcza stężenia pośmiertnego, ustania ruchów serca, zmętniałéj rogówki i innych oznak wrzekomo wykluczających

*) Sprawozdanie niniejsze otrzymaliśmy od szan. autora z prośbą o umieszczenie go w Przegl. Lek. celem wywołania nad niém dyskusyi, zwłaszcza ze strony kolegów na prowincyi zamieszkałych. Tyczy ono się kwestyi wszędzie, a zwłaszcza w naszym kraju, arcyważnéj; jak wiadomo Czytelnikom naszym projekt ten przez Radę zdrowia przyjęty został, jednak potrwa jeszcze czas jakiś, zanim przez c. k. Namiestnictwo zostanie wprowadzony w życie. Podzielamy więc w zupełności zdanie kol. Opolskiego, że koledzy na prowincyi praktykujący powinni wyjawić swoje zdanie, o ile projekt, a głównie instrukcyja dla oglądaczy, odpowiada potrzebom kraju naszego i w nim zastósowanie znaleść może. Jakkolwiek Rada zdrowia kierowała się najlepszemi chęciami i opierała się na uchwałach 1go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w którego sekcyi publiczno-lekarskiéj zasiadywali liczni koledzy z prowincyi, to przecież projekt w mowie będący dla kolegów znających lepiéj stosunki spółeczne na prowincyi może okazać jakieś luki i wady. Dlatego w myśl szan. autora jak najchętniéj w piśmie naszém otwieramy dyskusyję w tym przedmiocie, a zapraszając do niéj szan. kolegów zapewniamy ich, że ze względu na ważność przedmiotu uwagi ich jak najspieszniéj zamieszczać będziemy. *Redakcyja.*

śmierć pozorną, jeno opiera się wyłącznie przy sprawdzaniu skonu na plamach pośmiertnych. Takie pojmowanie, odpowiadające doświadczeniu i wymogom nauki, ułatwia zadanie oglądaczy, którzy nie są lekarzami, i usprawiedliwia oznaczenie terminu 48 godzinnego do grzebania ciał. Szczegół ten dlatego należy uwydatnić, bo właśnie w tym względzie dzieją się nadużycia i wyłamywanie się z pod przepisów obowiązujących, nie tyle u chrześcijan, którzy odznaczają się pietyzmem dla ciał zmarłych, ile u żydów, którzy używają różnych sposobów, aby módz co rychléj chować zmarłych. Na tę okoliczność słusznie zwrócił uwagę w odpowiedniéj uchwale wspomniany Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Z powyższego wywodu przekonywamy się, że przepisy pod względem sprawdzania skonów w odnośnych rozporządzeniach rządowych były dostateczne i nie byłoby zboczeń w téj mierze, gdyby władze polityczne ściśle ich przestrzegały; dlatego zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wnoszę:

a) C. k. krajowa Rada zdrowia zechce uchwalić, iż zachodzi potrzeba zaostrzenia nadzoru policyjno-lekarskiego nad wykonywaniem przepisów pod względem sprawdzania skonów, a w szczególności: iż zwłoki nigdy nie powinny być pochowane bez poprzednich oględzin ze strony ustanowionego ad hoc oglądacza, który w tym celu ma złożyć zwierzchności gminnéj piśmienny dowód, według formularza wskazanego w instrukcyi dla oglądaczy zwłok, wydać się mającéj dla Galicyi, a powtóre iż w kartce pośmiertnéj obowiązany jest oglądacz zwłok w każdym poszczególnym przypadku dokładnie podać „w uwadze" powody, dla których zezwala na wcześniejsze od przepisanego terminu pochowanie ciała, a zarazem obowiązany jest wymienić na téj saméj karcie nazwisko tego, który podaje godzinę zaszłéj śmierci nieboszczyka, aby w razie wykrycia fałszu w podaniu czasu mógł znaleść zastósowanie §. 375 ustawy karnéj.

Gdy stosunki zdrowotne w naszym kraju są niestety tak niekorzystne, że na wielkie przestrzenie przypada tu i owdzie zaledwie jeden lekarz, który zatém w odległych od swéj siedziby miejscowościach nie mógłby sprawować obowiązków oglądacza zwłok, przeto z konieczności musi się powierzać tę czynność nielekarzom i tak się téż dzieje wszędzie, gdzie władza polityczna jest dbała w tym względzie. Zresztą podobny sposób zastępstwa biegłych w sztuce lekarskiéj zabezpieczony został odpowiedniemi rozporządzeniami z lat powyżéj podanych. Gdy atoli nie ma wyraźnego rozporządzenia dla Galicyi, aby oglądacze zwłok nielekarze wykazali się ze znajomości przedmiotu, a dekret nadworny z d. 30 marca 1770, zarządzający, aby nie ustanawiano oglądaczy niefachowych, dopóki nie złożą egzaminu przed wydziałem lekarskim, u nas nie może być zastósowanym, przeto zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wnoszę:

b) c. k. krajowa Rada zdrowia zechce uchwalić, iż ważność instytucyi sprawdzania skonów wymaga, aby oglądacze zwłok nielekarze składali przed c. k. lekarzem powiatowym dowód znajomości obowiązującéj instrukcyi w przedmiocie sprawdzania skonów, tudzież, aby poleconém zostało c. k. lekarzom powiatowym odbywanie z kandydatami na oglądaczy ćwiczeń teoretycznych i o ile okoliczności pozwalają również praktycznych na zwłokach ludzkich.

Celem ustalenia gorliwego wykonywania obowiązków i poważnéj działalności oglądaczy zwłok, wnoszę:

c) c. k. krajowa Rada zdrowia uznaje potrzebę wynagradzania oglądaczy zwłok, pozostawiając władzom kompetentnym sposób załatwienia i zabezpieczenia odpowiedniego wynagradzania.

Co do składania przysięgi przez oglądaczy zwłok, istotą swoją niewątpliwie mogącéj użyczyć potrzebnéj powagi tyle ważnéj instytucyi, wnoszę zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego:

d) c. k. krajowa Rada zdrowia uznaje potrzebę odbierania przysięgi przez c. k. Starostów od oglądaczy zwłok po złożeniu przez tychże egzaminu.

e) Na koniec wnoszę, c. k. krajowa Rada zdrowia przyjmuje następujący zarys roty przysięgi dla oglądaczy zwłok:

Ja N. przysięgam Panu Bogu, że poruczone mi obowiązki oglądacza zwłok jak najsumienniéj wykonywać będę według wskazówek obowiązującéj instrukcyi, w szczególności, że z wszelką ścisłością będę się starał stwierdzić, czy osoba przezemnie oglądana rzeczywiście nie żyje; czy w ostatnich chwilach jego życia nie zaszedł jaki karygodny czyn, lub karygodne zaniedbanie, związek mające z jego śmiercią; czy ostatnia choroba zmarłego nie wynikła z panującéj, lub pojawiającéj się choroby nagminnéj, albo téż nie była chorobą zakaźną, przez którą współobywatele szkodę na zdrowiu ponieśćby mogli. Przysięgam, że we wszystkich tych przypadkach zawiadomię odpowiednią Władzę. Tak mi Boże dopomóż!

Rozporządzeniami gubernialnemi z r. 1796, 21 października, 1822 17 lutego do l. 28098 i 1823, 29 kwietnia do l. 22805 wydane zostały szczegółowe instrukcyje dla oglądaczy zwłok w Galicyi i przepisy normujące sprawozdanie skonów, jakotéż grzebanie ciał; gdy atoli owe instrukcyje dotychczas w mocy prawnéj będące nie czynią obecnie zadość społecznym wymaganiom, dzisiejszemu stopniowi umiejętności i ważnéj instytucyi sprawdzania skonów, przeto przedkładam c. k. krajowéj Radzie zdrowia, zarys instrukcyi dla oglądaczy zwłok, z uwzględnieniem stosunków naszego kraju poprzedzając takowy następującemi uwagami i wnioskami:

Najważniejszém zadaniem oględzin pośmiertnych jest stwierdzenie, że śmierć nastąpiła niewątpliwie. Wychodząc z tego założenia wykluczającego możliwość grzebania ciał osób pozornie zmarłych, musimy z góry przypuścić, że ustanowieni oglądacze zwłok posiadają pewne wiadomości oznak występujących na ciele ludzkiém, a stwierdzających rzeczywistą śmierć, aby w razie braku tychże podejrzenie co do pozornéj śmierci pociągnąć za sobą mogło wszelkie możliwe usiłowania do przywrócenia życia. Oglądacz zwłok powinien przeto posiadać niektóre wiadomości z dziedziny patologii, to jest znać przypadki chorobowe, które najczęściéj życiu kładą kres nagły na pozór tylko istotny, daléj nie powinno mu być obcém, że nagłe a silne wzruszenia umysłowe mogą również prowadzić do stanu, dającego obraz pozornéj tylko śmierci i że wreszcie potrzeba przy sprawdzaniu skonu szczególną zwrócić uwagę w przypadkach śmierci nieszczęśliwém zdarzeniem wywołanéj, jak przez zaczadzenie, lub otrucie innym gazem, powieszenie, utonięcie, zmarznięcie, w skutek rażenia piorunem itd.

W tych przypadkach wezwany oglądacz, zanim wyda pozwolenie na pochowanie ciała, powinien, mimo oznak zgasłego życia, jak braku tętna, ruchów oddechowych itd. zarządzić usiłowania ratunkowe zgodne z nauką lekarską, lub téż udać się z doniesieniem do władzy politycznéj, stósownie do przepisów policyjno-lekarskich. Gdy przy zastósowaniu rze-

czonych powyżej wskazań rozeznawczych i ratunkowych rozchodzi się przedewszystkiém o osoby nie będące lekarzami, powołane na urzędowych oglądaczy zwłok, to ujęcie wszystkich znamion nieochybnych zaszłéj śmierci w jednę systematyczną całość nie może być rzeczą choćby bardzo wyczerpującéj instrukcyi, jeno musi być nadto pozostawione pouczeniu odpowiedniemu.

Naukę tę udzielać ma kandydatom stósownie do wniosku krajowéj Rady zdrowia c. k. lekarz powiatowy, na którego włożono tamże obowiązek odbywania z kandydatami ćwiczeń teoretycznych o ile się to da obok praktycznych na zwłokach ludzkich.

Drugiém zadaniem oględzin pośmiertnych jest zabezpieczenie, aby zbrodnia lub przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu życia ludzkiego nie zostały utajone, czyli stwierdzenie, ażali w czasie ostatnich chwil życia oglądanego zmarłego nie zaszedł jaki karygodny czyn, lub karygodne zaniedbanie, związek mające z jego śmiercią.

Dział ten ważny przy sprawdzaniu skonów, albowiem względami bezpieczeństwa publicznego wskazany, wkracza w dziedzinę medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj, musi być również w drodze pouczenia udzielany kandydatom na oglądaczy i przez nich dobrze znany, przynajmniéj w pojęciach elementarnych, a ściśle określonych.

Trzeciém zadaniem jest wykrycie chorób znanych z właściwości szerzenia się nagminnego, lub téż zaraźliwych bez takiéj cechy.

W obec tego, że lud wiejski nie zwykł szukać pomocy lekarskiéj i że choroby nagminne zazwyczaj w samym początku trwania epidemii okazują przebieg najcięższy, a tém samém zrządzają największą śmiertelność, a jak dotychczas dochodzą do wiadomości władz politycznych prawie zawsze dopiero w czasie nasilenia swego, w obec więc tych nieprawidłowych stosunków spodziewać się należy dobrych skutków z uregulowanéj czynności oględzin pośmiertnych, o ile zadaniem państwa jest jak najrychléj i najskuteczniej zarządzić środki zaradcze.

Celem ułatwienia tego bardzo ważnego zadania, jakie na urzędowych oględzinach zwłok ciążyć powinno, żądać należy od lekarzy powiatowych, aby przy ćwiczeniach teoretycznych z kandydatami na oglądaczy zwłok nie zaniedbali rozpoznawczego działu epidemiologii i chorób zaraźliwych, co w ogólnych zarysach przyswoić ludziom umiejącym czytać i pisać, nie będzie trudno.

Czwartém zadaniem oględzin pośmiertnych jest ułatwić utworzenie statystyki śmiertelności i chorobowości, któraby miała wartość umiejętną i praktyczną, gdyż uregulowaném rejestrowaniem przyczyn chorobowych, śmierć wywołujących, ułatwiłoby się prawdawstwu rozwiązanie najważniejszych spraw higijenicznych. Gdy atoli oglądacze zwłok po wsiach najrzadziéj się spotykać będą z poświadczeniami lekarskiemi, nazwę choroby podającemi i skon stwierdzającemi, przeto nie należy się w téj mierze spodziewać dokładnego rozpoznania dopóty, dopóki kraj nie otrzyma instytucyi lekarzy gminnych, dopóki w ogóle organizacyja służby zdrowia w gminach, przewidziana w ustawie państwowéj z dnia 30 kwietnia 1870 roku do l. 68, nie zostanie przeprowadzoną.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 13 czerwca. Minister oświaty potwierdził Dra Izydora Kopernickiego jako docenta antropologii w wydziale lek. Uniw. Jagiell.

* Według nadesłanych nam wykazów do dnia 8 b. m. bawiło w Cieplicach czeskich gości 2510, a w Giesshüblu osób 12.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 (od 26 maja do 1 czerwca) umarło w Krakowie osób 49; 29 mężczyzn i 20 kobiet; 25 osób umarło w obwodach i 24 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 45,5; we Lwowie 36,5; w Warszawie 47,0; w Wiedniu 33,3; w Budapeszcie 45,1; w Pradze 36,7; w Tryjeście 36,4; w Brukseli 20,1; w Paryżu 23,3; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 20,1; w Chrystyjanii 15,1; w Petersburgu 56,5; w Odessie 40,4; w Bukareszcie 28,6; w Królewcu 40,6; w Berlinie 36,4; w Monachijum 25,1; w Poznaniu 27,0; w Wrocławiu 32,5; w Dreznie 24,8. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 3, mianowicie; 1 osoba z dławca, 1 z kiły i 1 z posocznicy.

* **Lwów**. JE. Namiestnik hr. Potocki odwiedził przedwczoraj Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie w towarzystwie referenta spraw sanitarnych Dra Biesiadeckiego. *(Gaz. Lw.)*

* **Warszawa**. Zabójca prof. Girsztowta, Sroczyński, korzystając z chwili, gdy miał być przeprowadzony z więzienia śledczego do głównego, usiłował się ratować ucieczką. O sto kroków od bramy więzienia upadł atoli, a podniósłszy się i widząc zbliżających się ze wszech stron strażników, zadał sobie nożem dwie rany w brzuch i skaleczył się tak ciężko, że życie jego jest zagrożoném. Skazaniec zbroczony krwią przeniesiony został do więzienia i umieszczony w szpitalu. *(Kur. Warsz.)*

* **Budapeszt**. Do jakiego stopnia doszło specyjalizowanie nauki lekarskiéj, o tém przekonać się można przeglądając spis docentów prywatnych wydziału lek. w Budapeszcie. Tak np. pomiędzy innymi habilitowani są: Dr. Antal do chirurgicznych chorób części płciowych; Dr. Elischer do patologii i terapii chorób macicy; Dr. Goldzieher do anatomii patolog. oka; Dr. Gross do nauki o fałszowaniu pokarmów i ich badania; Dr. Müller do chorób brzusznych; Dr. Purjesz sen. do historyi medycyny starożytnéj; Dr. Purjesz jun. do dyjagnostyki chorób piersiowych i brzusznych; Dr. Réczey do chorób kości; Dr. Siklossy do operacyj ocznych; Dr. Stiller do terapii chorób brzusznych; Dr. Wittmann do szczepienia! Na wydziale filozoficznym istnieje docent filozofii, atoli z wyjątkiem loiki. *(D. Zeitschr. f. prakt. Medicin.)*

* **Berlin**. Tow. lekarskie wybrało ponownie przewodniczącymi proff. Langenbecka, Bardelebena i Henocha; sekretarzami są: Drowie Fränkel, Küster, Ries i prof. Senator; biblijotekarzem Dr. Falk.

* **Paryż**. W pierwszéj połowie sierpnia odbędzie się kongres międzynarodowy psychijatrów urządzony przez towarzystwo lekarsko-psychologiczne. Kongres obradować będzie przez tydzień (5—10 sierpnia) w trzech sekcyjach, a mianowicie: 1) administracyi zakładów dla obłąkanych i statystyki. 2) patologii chorób umysłowych i nerwowych i 3) medycyny sądowéj. *(Kur. Warsz.)*

* **Z placu boju** piszą, że w Erzerumie dur sroży się nadzwyczaj gwałtownie: miasto i jego okolice zarażone są skutkiem gnijących tysięcy trupów niepochowanych; w mieście rozgościło się do 120 tysięcy psów stanowiąc główną jego ludność. Straszny ten obraz podaje *W. med. Presse.*

* **Mianowania i odznaczenia**. Profesorowie kolegijum francuskiego przedstawili jako następcę Klaudyjusza Bernarda na pierwszém miejscu Brown-Séquarda, na drugiém zaś Daresta. — Dr. Pitres mianowany został docentem wydziałów lekarskich w Paryżu. — Dr. Guyon wybrany został członkiem akademii lek. w Paryżu. — Prosektor i lekarz pułkowy Dr. Weichselbaum potwierdzony został jako docent anatomii patolog. we Wiedniu. — Prof. Langenbeck w Berlinie, lekarz jeneralny 1széj klasy, otrzymał rangę jenerał-majora. — Na profesora higijeny w Amsterdamie proponowani na pierwszém miejscu prof Hoffmann w Lipsku, na drugiém Drowie Wolffhügel i Forster w Monachijum.

* **Nekrologija.** W Warszawie † d. 30 maja w 74 roku życia Dominik Zahorowski, członek b. Rady lek. i b. starszy nauczyciel szkoły felczerów. *(Medycyna)* — W Bernie morawskiém umarł Dr. Dworzak, dyrektor szpitala dziecięcego.

Redakcyja otrzymała:

Dra Alfreda OBALIŃSKIEGO, operatora szpitala św. Łazarza w Krakowie: Uwagi nad leczeniem zapalenia stawu biodrowego za pomocą ciężarków. (Osobne odbicie z „Medycyny.") Warszawa 1878, in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. R. VOLKMANN: Sammlung klinischer Vorträge.

Nr. 132 H KRAUSSOLD: Uiber Nervendurchschneidung und Nervennaht.

Nr. 133. Prof. FREUND: Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus.

Nr. 134. Prof. LICHTHEIM: Uiber periodische Hämoglobinurie.

Nr. 135. A. GENZMER: Die Hydrocele u. ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung.

Nr. 136—138 A. HEGAR: Die Castration der Frauen.

Nr. 139. F. MARTIUS: Die Principien der wissenschaftlichen Forschung in der Therapie, str 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 19 czerwca o godz. 5téj po południu posiedzenie zwykle, na którem: 1) kol. Rosner przedstawi chorego, 2) kol. Trauczyński pokaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych, 3) kol. Domański okaże sposób zastósowania jednéj z nowszych metod terapeutycznych, a 4) kol. prof. Blumenstok opowie przypadek sądowolekarski.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Konstantynopolu: Dziękujemy za korespondencyję, umieścimy ją w przyszłym numerze. — **Dr. R. w Jenie:** Rozpoczniemy w przyszłym numerze.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.